La experiencia de Neuquén

SOBRE HOSPICIOS Y TUMBAS

Suplemento Especial de Psicología de Página/12

En Río Negro voltearon los muros

MANICOMIO A CUESTAS

Algunos aspectos de la experiencia que se ha puesto en marcha en 1986 en Río Negro a través del relato de profesionales de la salud y ex internos.

(Por Elio Brat, *desde Viedma)* Cuando en el país está instalada la discusión sobre las condiciones de internación en los neuropsiquiátricos Borda y Moyano, en la provincia de Río Negro, al sur del Río Colorado se realiza desde hace ya seis años una experiencia de salud mental innovadora: la desmanicomialización. Este proceso que se originó por decisión política en 1988 cuando las autoridades rionegrinas decidieron desalojar y cerrar el único manicomio provincial ubicado en la localidad de Allen, tuvo su normalización el 11 de setiembre de 1991 a través de una ley, hasta ahora única en el país. Desde ese momento perdió sentido una de las frases más utilizadas en la zona para calificar la salud mental de los vecinos: "Fulano está para Allen" pasó a ser un anacronismo.

El psiquiatra Hugo Cohen, jefe del Departamento de Salud Mental rionegrino y Graciela Natella, hasta hace 2 meses jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma y actual colaboradora en la dirección de la política de Salud Mental provincial, dialogaron con **Página/12** sobre el proyecto en marcha. "Esta experiencia tiene tres patas fundamentales, requiere para su factibilidad de tres sectores de la sociedad: la comunidad y sus instituciones, los trabajadores de la salud y los trabajadores de la salud mental. Todos deben cambiar adquiriendo una nueva conciencia sobre posibilidades distintas para tratar y recuperar a las personas con sufrimiento mental. Si falta uno de ellos —aclaró Hugo Cohen—, la experiencia no funciona."

"La desmanicomialización no es sólo el cierre de los manicomios sacando las rejas y volteando los muros, sino que lo más difícil es modificar hábitos, prejuicios, valores y conductas que llevan a producir la desmanicomialización en cada uno de nosotros. Esto quiere decir —apuntó Graciela Natella por su parte— que uno, todos los días puede reproducir una práctica manicomial en cualquier lado sin tener manicomio. No obstante no es lo mismo, claro está, el encierro y represión de un manicomio que cualquier otro tipo de respuesta."

Antonio tiene 28 años y es ampliamente conocido en la capital rionegrina, que dormía siempre en la terminal de ómnibus, que infinidad de veces fue golpeado, otras tantas internado en institutos de menores y neuropsiquiátricos cercanos y alejados de la zona. Hoy tiene una pensión nacional, come todos los días en la misma terminal con vales de la muncipalidad ("el municipio debe tomar parte activa en el problema, pues su función no se agota en lo administrativo y urbanístico", acotan los profesionales), y busca su reinserción laboral. Antonio es tratado ambulatoriamente en un pequeño hotel de la ciudad, su futuro no es un manicomio sino la vida misma.

Otro caso es José, con 32 años y una experiencia traumática en el hospital capitalino Borda, que al volver a Viedma recibió tratamiento domiciliario y ambulatorio: luego de un mutismo total, rompió su silencio y se prestó a reuniones grupales y también al seguimiento médico. Hoy busca trabajo y para eso quiere recuperar una técnica que manejaba 15 años atrás, antes de entrar en la nebulosa de la locura: escribir a máquina.

Bernardina también participa de la charla con su ejemplo de haber ido —en compañía de los psicólogos Walter Bensoni y Martín Pérez— a reclamarle ayuda para mejorar su situación al propio intendente de Carmen de Patagones, Haroldo Lebed. "Hace 10 años que ando en tratamiento psiquiátrico —dice—, estuve internada en Bahía, también en Allen, y ahora me quedé aquí. Tengo familia pero nadie se fija en mí, pero también quiere decir que la pastillita no es todo porque ahora, por suerte, empezaré a trabajar." Efectivamente, se iniciará en el servicio doméstico en una familia que quiere ayudarla a reinsertarse en la sociedad. Además, el municipio le ha conseguido una pieza en la ciudad con lo cual se irá a vivir sola y de a poco, se largará independientemente.

El caso del mapuche Juan Pablo, conocido como "el indio Juan", también es significativo. Ha pasado de todo: varias veces encarcelado, alcoholizado, robo, riñas callejeras, drogas de costo pequeño como "po xiran". Pero a partir de su relació con el enfermero, también mapuche Jacinto Nancufil, su evolución es no table: hoy realiza controles ambula torios, toca la guitarra, canta compone y está buscando la ayud social que le permita reinsertarse la boralmente. Hoy puede ufanarse d ser un alcohólico recuperado.

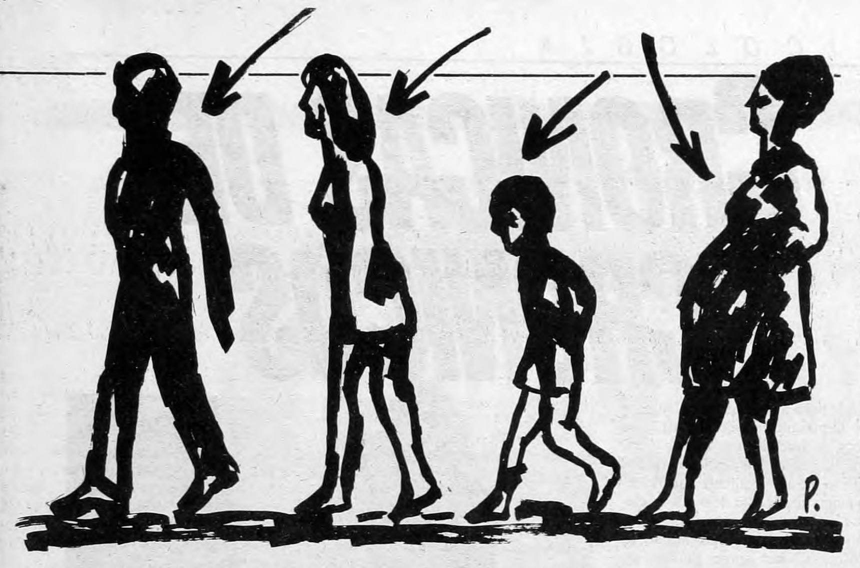
Por último, otro caso de recuperación "desmanicomializada" l constituye el español Manolo, u jardinero oriundo de Santande quien, siendo un alcohólico recuperado desde hace 5 años, hoy trabaja en el servicio hospitalario, en forma rentada, como recuperador de grupos de alcohólicos.

Una lucha de locos contra la locura

"En el año '85, cuando yo llegué —recuerda Cohen—, el promedio de internación era de seis meses, sin considerar a los crónicos de años que, como en todo manicomio, había en Allen. En este momento, el promedio en la provincia está por debajo de los 20 días en los 17 servicios de salud que funcionan en los 28 hospitales públicos de Río Negro. También hemos llegado a internar por sólo 48 horas y esto tiene que ver con toda una posibilidad de que esa persona, en el afuera, no pierda sus referentes, su trabajo y su inclusión en la casa y eventualmente, en la familia. Allí, el seguimiento se hace ambulatoriamente."

Para los profesionales de la salud embarcados en la novedosa experiencia "todos tenemos núcleos enfermos y sanos, por eso cuando una persona expresa los núcleos más enfermos, nosotros lo consideramos una crisis o un momento de desequilibrio que es circunscripto en el tiempo y que puede ser absolutamente reversible".

Para el psicólogo Bensoni, que llegó hace dos meses a Viedma, luego de haber trabajado en el Borda, "la internación en salud mental en Río



Negro no se hace en un lugar separado sino que están mezclados con otros pacientes clínicos. No somos un servicio aparte, a puertas cerradas. El convivir con otros es parte de la recuperación".

"Existe aún una gran confusión —asevera el doctor Cohen—: la de creer que la locura es lo que vemos en las personas internadas en los manicomios. En realidad, lo que allí vemos es el efecto que produce el manicomio en las personas y es lo que precisamente hay que desarmar, resolver." El psiquiatra, quien junto a la doctora Natella estuvo 2 meses en el '89 viviendo la experiencia italiana de Trieste y otras localidades donde desde hace más de 20 años, se cerraron todos los manicomios, siguió argumentando que "esas instituciones son lo antisalud mental y llevan a lo que se llama la total alienación: se despersonaliza a las personas, nos quita lo que somos. Aun el más desconectado o el más aparentemente demente, desde el punto de vista de las psiquiatría tradicional, tiene sus sutiles lazos de vinculación social y afectiva concretas. La institución del manicomio termina por cortarlos y, por lo tanto, los destruye".

Le pedimos al doctor Cohen que siga contándonos casos concretos: "Nosotros tenemos 2 casos que ocurrieron aquí hace 4 años, cuando todavía no teníamos la ley que hoy rige en salud mental. Distintos sectores forenses insistieron en trasladar a dos personas, Cachito y Evaristo, del hospital de Bariloche a Montes de Oca. Es cierto que durante años —recuerda el psiquiatra— Cachito y Evaristo estuvieron en malas condiciones hospitalarias, pero a pesar de todo, estaban en sus camas, sin hablar pero arropados. Estaban en una sala general y mínimamente protegidos y atendidos. La cuestión es que se los manda en vuelo sanitario en noviembre de ese año, y en abril del año siguiente llegan 2 telegramas con la defunción de ellos en el Montes de Oca. Esto generó una gran discusión entre nosotros y una gran inquietud, ya que del robo de órganos ya se hablaba incluso en aquella época... Pero lo que quiero plantear es lo que vemos todos los días: en la medida en que nosotros podamos rescatar los vínculos afectivos y concretos de la persona, podemos ayudarla, mejor y más rápido, a recuperarse".

Una herramienta alternativa

(Por E. B.) "La salud mental para nosotros trasciende la biología con todos los avances que ha habido. También la psicopatología con la revolución que significó Freud, para ir a procurar o luchar por los derechos y necesidades de las personas. Y estos son mucho más, en cuanto a valor humano, que una psicoterapia o un psicofármaco. Todos esos elementos hacen lo que nosotros llamamos la estrategia terapéutica con recursos varios, donde todo se interrelaciona y es tan importante una frazada o una chapa para el techo como un psicofármaco", reafirma el doctor Cohen.

Inmediatamente trae un planteo que él mismo sabe que es muy polémico. "Quiero plantear que en el campo de la salud mental históricamente es una falsa alternativa a los manicomios representada por dos modelos: el biologistas, organicista, psiquiátrico clásico y tradicional como enfrentado al psicoanalítico y/o psicoterapéutico. Nosotros decimos que en la salud mental ni uno ni otro. Esa disyuntiva es falsa. Lo que hay que buscar es un modelo superador a esa supuesta dupla. En la Argentina, por nuestro gran desarrollo en esa área, tiene mucho poder el sector psicoanalítico/psicoterapéutico. Yo creo que por eso en nuestro país aún no se ha podido señalar que lo que se presenta como alternativo no lo es tal. Desde el psicoanálisis, ni desde su práctica concreta, no se han propuesto alternativas al manicomio. Cuando los afectados y sus familiares plantean las atrocidades de los manicomios, no hay argumentos que se planteen como alternativos. Nosotros a eso le respondemos con la desmanicomialización como una posibilidad de respuesta al de la locura, dándole un corte definitivo que en cada lugar debe llevar su tiempo y su estrategia particular, pero sabiendo que se trabaja para el cierre definitivo de las instituciones manicomiales. En Río Negro lo hicimos y la experiencia tiene problemas, por cierto, pero es efectiva y positiva."

—¿Ustedes están en contra de todos?

—Nosotros tomamos elementos de todos pero apuntamos a crear una propuesta. Hay que inventar una nueva herramienta, una instancia humana a la cuestión de la locura, distinta a los manicomios.

CRONICAS DE CRONICOS

La tragedia en el Montes de Oca reabrió imágenes que siempre sorprenden, como si fueran novedosas, pero que corresponden a concepciones tan antiguas que hasta es difícil precisar el origen. La locura como enfermedad de vergüenza que debe ser encerrada entre muros pone una y otra vez en tela de juicio la posibilidad de una solución terminal en los planteos tradicionales.

(*Por Osvaldo Meira**) Parecería que en estos días vuelve nuevamente a ponerse en la onda de la opinión la temática que esta sociedad sostiene en su flanco dedicado a los asilos, hospicios, loqueros, "basureros humanos", etc. Este objeto se muestra, hoy, bajo el nombre de Montes de Oca.

Se arman así organizaciones de discurso, bucles, en donde a los acosos de la necesidad les responden escenas de horror. A los despliegues que sólo una entropía explicaría, porque los ataques a la entereza de la condición humana se encuentran hasta con órganos mutilados, se les oponen estas instituciones que intentan albergar lo que ya se ha definido como desecho, lo que escapa a una regla por *todos* aceptada. Parece una serie interminable.

Las muertes de enfermas del Moyano, el hacinamiento y la promiscuidad de nuestros hospicios, la grotesca relación entre número de enfermos, número de personal a cargo, el presupuesto de Tercer Mundo, las más de las veces exiguo, pero también insuficiente porque "ante tantas manos" que median sólo puede llegar a la boca o al arrope del cuerpo del paciente una porción ridícula, la concupiscencia de los funcionarios de turno, la venalidad y hasta la delincuencia en una estructura culpable en su base (desde arriba y desde abajo; desde adentro y desde afuera) que sólo puede segregar complicidad, el samaritanismo de los profesionales como lo que se muestra de un inconsciente que acusa que algo no anda, el discurso electoral que obliga a que esta llaga invite a las promesas, la locura y la debilidad mental a las que se les adicionan las adicciones crónicas (todas las estructuras juntas: ¿por qué?), en síntesis, amuchadas intramuros, como si de esa *concentración cronificante* todavía se pretendiera que salga algo provechoso "para sí y para terceros". ¿Ingenuidad o qué?

Se sabe que esta parcial crítica tiene su historia, por cierto prolongada. Se puede decir que como oposición seguramente ha surgido ya ante la "nave de los condenados" de la antigüedad. De ahí el pensamiento que llevó a separar, por el avance del iluminismo del siglo XVIII a los locos, de los delincuentes, ante el criterio de que habían perdido la razón.

Pero paradójicamente aquella revolución liberal sólo dejó que creciera y se afianzara el amor por los muros. La bonhomía, la caridad, la profesionalidad ahora podían ser ejercidas consecuentemente (de ahí la revolución de Pinel)... Pero, en su recinto. Y esta tendencia hacia la internación crónica abarca hasta nuestros días, no sólo propendida desde el Estado, sino también el ámbito de las clínicas privadas.

La impronta rousseauniana se arremansó en las sucesivas generaciones de adoradores del manicomio.

Y esta savia se difunde y persiste a los distintos avances que la psiquiatría ha venido produciendo (en el cientificismo del siglo pasado florecieron las distintas escuelas, en especial la francesa y la alemana, que definieron lo clásico en la materia, discurso que le dio forma a la especialidad. El nacimiento con el siglo del psicoanálisis abrió nuevamente una puerta a lo que se movía en salud mental. Ya en esta posguerra se abre otro sendero con la producción de los psicofármacos, que crearon una alternativa al mero recurso físico.

Pero sería injusto (y hasta deshonesto) si los de mi generación no asumiéramos esta crítica y no la dirigiéramos también hacia nosotros mismos.

Porque en el transcurrir de nuestra práctica los Borda se siguen sosteniendo. No sería apelar a una metáfora demasiado siniestra si sus resurgimientos se los homologara a una casa de Usher.

Porque no es posible seguir justificando su vil decrepitud bajo el título de decir que su construcción es obsoleta. No hay ninguna modernidad que defienda una nueva construcción de estas características.

Porque cierta bonhomía psiquiátrica sigue dejándose llevar por la increíble fascinación que brota en el loquero. Y éste es un regusto que define una permanencia, se apuntala así lo crónico del paciente y del profesional y si crónico viene de cronos este paso del tiempo concluido devora en la muerte-enfermedad.

Porque ya no es racional plantear la posibilidad de "servicios modelo" intramuros al asilo, que lo "cambien" estructuralmente. Allí la impronta crónica está en sus raíces.

Porque todos debemos saber y hacernos cargo de que no es posible resolver lo incurable con ninguna "solución final".

Las alternativas a esta etapa humana ya están tibias o explosivamente planteadas. Una de ellas la constituye la experiencia del doctor Basaglia en Italia. Su reduccionismo marxista puede hacerles perder a algunos el entendimiento de lo básico de su propuesta, tendiente a desmontar lo manicomial.

En efecto, se propone desandar el camino hacia el aislamiento institucional al redistribuir al enfermo mental a su familia o comunidad. Con su acción se produjo el *cierre* sistemático de varios asilos de su país... Y el clamor, a veces violento de muchos implicados de adentro y de afuera que atacaron la medida por tan "insensata".

Se entiende que algunas cáscaras deberán romperse. Puede que cierto apresuramiento a veces descuide algunas variables a tener en cuenta en pasos como éste, con el agravante de desacreditar lo adecuado de la decisión. Queda la tremenda carga de qué hacer con aquellos que sólo saben hacer de crónicos.

Pero el agua servida no debe hacernos también eliminar al infante de la batea. La internación prolongada o crónica no puede hoy ser argumentada.

La crisis o brotes en la locura bien pueden resolverse en el corto período de internación que así lo requieran en servicios hospitalarios o clínicas de agudos, cuando se desborda la capacidad de contención del paciente o de sus allegados. En hospitales de día, aún en hostales para pacientes, o las distintas variantes de lo ambultorio, se puede resolver en forma correcta el problema de lo prolongado de estos padeceres.

** Psiquiatra psiconalista*